



Pertinence de l'offre de soin en obstétrique : le point de vue de la tarification à l'activité. Étude économique au sein des maternités de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille

Marie-Charlotte Benzitoun

► To cite this version:

Marie-Charlotte Benzitoun. Pertinence de l'offre de soin en obstétrique : le point de vue de la tarification à l'activité. Étude économique au sein des maternités de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille. Gynécologie et obstétrique. 2015. dumas-01218537

HAL Id: dumas-01218537

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01218537>

Submitted on 21 Oct 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AIX MARSEILLE UNIVERSITE

Ecole Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée

**PERTINENCE DE L'OFFRE DE SOIN EN
OBSTETRIQUE : LE POINT DE VUE DE LA
TARIFICATION A L'ACTIVITE**

**Etude économique au sein des
maternités de l'Assistance Publique –
Hôpitaux de Marseille**

Présenté et publiquement soutenu

Le 22 avril 2015

Par

BENZITOUN Marie-Charlotte
Née le 27 avril 1988

Pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme
Année universitaire 2014/2015

Membres du jury :

- BALZING Marie-Pierre, Sage-Femme Enseignante
- HALIMI Gilles, Directeur de l'Hôpital Nord
- THIRION Xavier, Directeur du SSPIM (Directeur du mémoire)

AIX MARSEILLE UNIVERSITE

Ecole Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée

**PERTINENCE DE L'OFFRE DE SOIN EN
OBSTETRIQUE : LE POINT DE VUE DE LA
TARIFICATION A L'ACTIVITE**

**Etude économique au sein des
maternités de l'Assistance Publique –
Hôpitaux de Marseille**

BENZITOUN Marie-Charlotte
27 avril 1988

Mémoire présenté pour l'obtention du Diplôme d'état de Sage-Femme

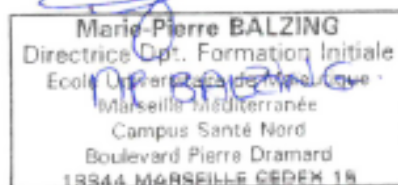
Année universitaire 2014-2015

Validation 1^{ère} session 2015 : oui

Mention : Félicitations du jury

Validation 2^{ème} session 2015 :

Visa et tampon de l'école



Remerciements

Je voudrais tout d'abord remercier le Pr Xavier Thirion d'avoir dirigé ce travail. Merci de m'avoir accueillie au sein du Service de Santé Publique et d'Information Médicale et d'avoir mis à ma disposition toutes les ressources pour mener à bien cette étude.

J'adresse également un immense merci à Véronica Orléans pour le travail qu'elle a fourni et le temps précieux qu'elle a consacré à ce mémoire. Merci aussi à Vanessa Pauly pour ses conseils avisés.

Je souhaite remercier l'équipe pédagogique et administrative de l'EU3M pour la qualité de son enseignement, sa disponibilité et son humanité. Merci de m'avoir donné l'opportunité d'exercer le métier de sage-femme qui, pour moi, est la concrétisation des différents cursus que j'ai entrepris auparavant.

Enfin, merci à Nelly Baumier et Lionel Dury d'avoir été là pour moi, dans les bons comme les mauvais moments. Sans eux, tout ce parcours aurait été beaucoup plus difficile.

Sommaire

Introduction.....	1
Matériel et méthode	4
Résultats	6
Discussion	12
Bibliographie	19

Introduction

La maîtrise des dépenses de santé représente un enjeu crucial pour les gouvernements, afin d'arriver à l'équilibre financier des systèmes d'assurance sociale. Les décideurs politiques doivent ainsi trouver le juste mode de financement permettant une allocation efficiente des ressources tout en maintenant un accès équitable aux soins ainsi que l'assurance de la sécurité et de la qualité des soins.

En France, après de nombreuses années de financement basé sur une dotation globale, les hôpitaux publics sont progressivement passés à un système de financement s'appuyant sur la tarification à l'activité (T2A) (Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2004, 2003). Ainsi, depuis 2008, l'activité de court séjour (Médecine, Chirurgie et Obstétrique : MCO) des hôpitaux publics est financée à 100% par la T2A. Ce système de financement repose sur la rétribution des établissements de santé à posteriori de la dépense engagée. En effet, l'établissement reçoit, de la Sécurité Sociale, une somme forfaitaire correspondant au séjour de chaque patient après la fin du séjour de ce dernier. Cette somme forfaitaire dépend des caractéristiques du séjour de chaque patient, qui sera d'abord classé dans un Groupe Homogène de Malades (GHM) basé sur des critères médico-économiques, lui-même associé à un Groupe Homogène de Séjour (GHS) auquel correspond la somme qui sera allouée à l'établissement de santé. Chaque GHM est décliné en plusieurs niveaux de complications (appelés segments) qui impactent le montant du tarif associé.

A cela s'ajoutent divers autres moyens de rétribution tels que le remboursement intégral des médicaments et dispositifs médicaux particulièrement onéreux ; les forfaits annuels qui financent les urgences, la coordination des prélèvements d'organes et l'activité des greffes ; les Missions d'Intérêt Général et l'Aide à la Contractualisation (MIGAC) qui comprennent les Missions d'Enseignement, de Recherche, de Référence et d'Innovation (MERRI) (Or et Renaud, 2009).

Le tarif perçu pour chaque GHS correspond à un coût moyen, calculé à partir de l'Etude Nationale de Coûts Commune (ENCC). Cette étude est réalisée chaque année auprès d'établissements de santé publics et privés à but non lucratif répondant à des critères stricts, notamment en termes de recueil

de l'information médicale. Chaque établissement participant à l'étude transmet les coûts effectifs correspondant à ses activités à l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) via le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI). Le PMSI est un programme informatique qui regroupe l'ensemble des informations relatives au séjour de chaque patient (informations administratives et médicales). Ces données sont anonymisées puis traitées afin de produire un arrêté de financement qui fixe, pour chaque GHS, un tarif correspondant (ATIH, 2013), allant croissant en fonction du niveau de complications.

La mise en place de la T2A est justifiée par les effets attendus suivants :

- Plus de transparence : le financement obtenu par chaque établissement correspond exactement à son activité effective.
- Plus d'équité : tous les établissements perçoivent la même somme pour le même type de soin fourni aux usagers.
- Plus d'efficience : stimulation de la concurrence entre les établissements.

En ce qui concerne l'obstétrique, l'offre de soin varie d'un établissement à l'autre en fonction du niveau de la maternité, fixé par le décret du 9 octobre 1998 :

- Maternités de niveau I : unité d'obstétrique uniquement. Prise en charge des grossesses à bas risque obstétrical, maternel, fœtal et néonatal.
- Maternités de niveau II : unité d'obstétrique et unité de néonatalogie. Prise en charge des grossesses à risque obstétrical, maternel, fœtal et néonatal modéré. Accueillent des nouveau-nés ne nécessitant pas de soins de réanimation.
- Maternité de niveau III : unité d'obstétrique, unité de néonatalogie et unité de réanimation néonatale. Prise en charge des grossesses à haut risque obstétrical, maternel, fœtal et néonatal.

Les maternités de niveau III sont donc des centres de référence en matière de pathologies maternelles, obstétricales, fœtales et néonatales, mais ce sont aussi des maternités dites, de secteur, accueillant tout aussi bien des patientes dans l'obligation d'être suivies dans un établissement de niveau III du fait d'une pathologie particulière, comme des patientes présentant une grossesse à bas

risque mais dont le domicile se situe à proximité de l'établissement de niveau III. Ce phénomène est présent sur le territoire marseillais où les seules maternités publiques, appartenant à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille (AP-HM), sont des maternités de niveau III. Les autres établissements accueillant les femmes enceintes et leur nouveau-né sont des établissements privés à but lucratif ou non, et sont des maternités de niveau II. Ainsi, il est légitime de faire l'hypothèse que, pour les maternités de niveau III, le coût de la prise en charge des patientes présentant une grossesse à bas risque puisse être en décalage, à la fois avec les coûts retrouvés par l'ENCC et également avec les tarifs perçus par la Sécurité Sociale, étant donnés les moyens engagés pour assurer la prise en charge de pathologies lourdes alors que ces patientes n'en ont pas besoin et ne « consomment » donc pas ces soins.

Afin de tester cette hypothèse, cette étude tentera de répondre à la question suivante : pour chaque segment des GHM 14Z13¹ et 14Z14², quel est l'écart qui existe entre les coûts retrouvés par l'ENCC et le coût effectif pour les maternités de l'AP-HM?

L'objectif principal de ce travail est de déterminer l'écart qui existe entre le coût pour l'AP-HM, d'un accouchement unique par voie basse, quelle que soit la parité de la patiente, et le coût calculé par l'ENCC, en fonction du niveau de complications.

A partir de cela, il sera possible de détailler cet écart pour les différents postes de dépense qui constituent le coût de l'accouchement unique par voie basse à l'AP-HM, de comparer les écarts retrouvés en fonction des niveaux de complications et également, de comparer la part de chaque GHM dans l'activité des maternités de l'AP-HM par rapport aux autres maternités de niveau III de France. Enfin, une analyse du nombre moyen d'actes déclarés pour chaque GHM sera réalisée.

¹ Accouchement par voie basse unique chez la primipare

² Accouchement par voie basse unique chez la multipare

Matériel et méthode

Ce travail est une étude rétrospective, descriptive et comparative de type Tableau Coût-Case Mix (TCCM) associée à une comparaison coût/tarif.

Un TCCM consiste à comparer, au niveau global puis par grande ligne de dépenses, les coûts effectifs d'un établissement réel, à ceux d'un établissement fictif, ayant la même activité en termes de GHM et dont les coûts correspondent à ceux calculés par l'ENCC. Cela revient donc à comparer les coûts constatés d'un établissement réel aux coûts moyens sur le territoire national (Margarit et Peyret, 2008).

Une comparaison coût/tarif consiste, elle, à calculer le ratio entre le coût moyen d'un GHM pour l'établissement et le tarif versé par la Sécurité Sociale afin de déterminer si le tarif défini par les arrêtés de financement suffit à couvrir les dépenses engagées par l'établissement (ATIH, 2011).

Les établissements réels pris en considération ici sont les deux maternités de l'AP-HM : la maternité de l'Hôpital Nord et la maternité de La Conception. Il est à noter que l'origine des données utilisées (Nord ou La Conception) n'a pas été relevée, la comparaison entre les deux établissements n'étant pas l'objet de cette étude.

La population de cette étude est constituée de l'ensemble des séjours des différents segments des GHM 14Z13 et 14Z14 durant l'année 2012, dans les maternités de l'AP-HM. Chaque GHM comprend 5 segments différents :

- Sans complication (A)
- Autres complications (B)
- Complications majeures (C)
- Complications sévères (D)
- Séjours de courte durée (T) : séjours dont la durée est inférieure à 48h.

Tous les autres GHM du secteur Obstétrique n'ont pas été inclus, de même que les séjours antérieurs et postérieurs à 2012.

Parmi les séjours sélectionnés a priori, ont été exclu ceux qui correspondaient à des séjours atypiques, c'est-à-dire dont le coût effectif était excessivement haut ou excessivement bas. Pour cela, il a été utilisé un algorithme (voir Annexe 1) permettant de définir une borne haute et une borne basse. Ainsi, le coût de chaque séjour retenu pour cette étude est compris entre ces deux bornes et relève donc d'un coût représentatif de ceux effectifs dans les établissements considérés.

Les données utilisées ont été recueillies via le PMSI dans le Service de Santé Publique et d'Information Médicale (SSPIM), et relèvent de deux types de variables :

- Variables quantitatives :
 - Les coûts calculés par l'ENCC : ce calcul est une démarche descendante (top-down) où un coût global est distribué sur les différents séjours grâce à une clé de répartition. On obtient donc un coût moyen par patient dans un GHM donné (Or et Renaud, 2009).
 - Les coûts pour l'AP-HM de chaque segment des GHM 14Z13 et 14Z14, répondant au même principe de calcul que les coûts calculés par l'ENCC.
 - La durée moyenne de séjour en sein des maternités de l'AP-HM pour chaque GHM.
 - Le tarif remboursé par l'Assurance Maladie pour chaque segment des GHM 14Z13 et 14Z14.
 - Le nombre de séjours par GHM dans les maternités de l'AP-HM et dans les autres maternités de niveau 3 de France.
 - Le nombre d'actes réalisés pour chaque séjour, répartis entre les actes classés « MCO » (épisiotomie, suture de déchirure périnéale, échographie, extraction instrumentale...) et ceux classés « Anesthésie » (analgésie rachidienne...)
- Variables qualitatives : les pôles de dépenses constituant le coût pour l'AP-HM et celui pour l'ENCC

Dans la mesure où les données utilisées couvrent l'ensemble de la population étudiée et ne constituent donc pas un échantillon, aucune analyse statistique comparative n'a été effectuée.

Résultats

Il a été relevé 3735 séjours appartenant aux GHM 14Z13 et 14Z14 en 2012 dans les maternités de l'AP-HM. Parmi eux, 129 séjours ont été exclu car leur coût était soit trop faible soit trop élevé et faisait donc entrer ces séjours dans la catégorie des « séjours atypiques ». Au total, 3606 séjours ont été analysés dans cette étude.

Tableau 1 : Part de chaque segment des GHM 14Z13 et 14Z14 au sein des maternités de l'AP-HM en 2012

GHM primipares	14Z13A	14Z13B	14Z13C	14Z13D	14Z13T	Total
N	1178	106	54	9	9	1356
%	32,83	2,59	1,37	0,29	0,26	37,34
GHM multipares	14Z14A	14Z14B	14Z14C	14Z14D	14Z14T	Total
N	2056	105	38	10	41	2250
%	57,27	2,84	1,09	0,26	1,21	62,67
Segments (niveau de complication)	A	B	C	D	T	Total
N total par segment	3234	211	92	19	50	3606
% total par segment	90,10	5,43	2,46	0,54	1,47	100

Le principal résultat de ce travail concerne la différence de coût qui existe entre ceux constatés dans les maternités de l'AP-HM et les coûts calculés grâce à l'ENCC. Le graphique suivant (figure 1) montre la différence brute entre ces deux coûts. On constate que pour le niveau de complications A (pas de complication), les coûts constatés à l'AP-HM sont équivalents à ceux retrouvés dans l'ENCC. En revanche, pour les niveaux de complications B et C (respectivement «autres complications» et «complications majeures»), les coûts pour l'AP-HM sont plus élevés d'environ 14% par rapport aux coûts moyens relevés sur l'ensemble des établissements intégrés à l'ENCC.

Enfin, pour le niveau de complication D (complications sévères) et la catégorie T (séjours <48 heures), l'AP-HM présente des coûts plus faibles que ceux rapportés par l'ENCC. Pour les patientes ayant eu des complications sévères, l'AP-HM est plus performante d'environ 7% par rapport à l'ENCC. Pour celles qui sont restées moins de 2 jours au sein des maternités, le coût moyen de leur séjour est en moyenne inférieur de 16% à celui présenté par l'ENCC.

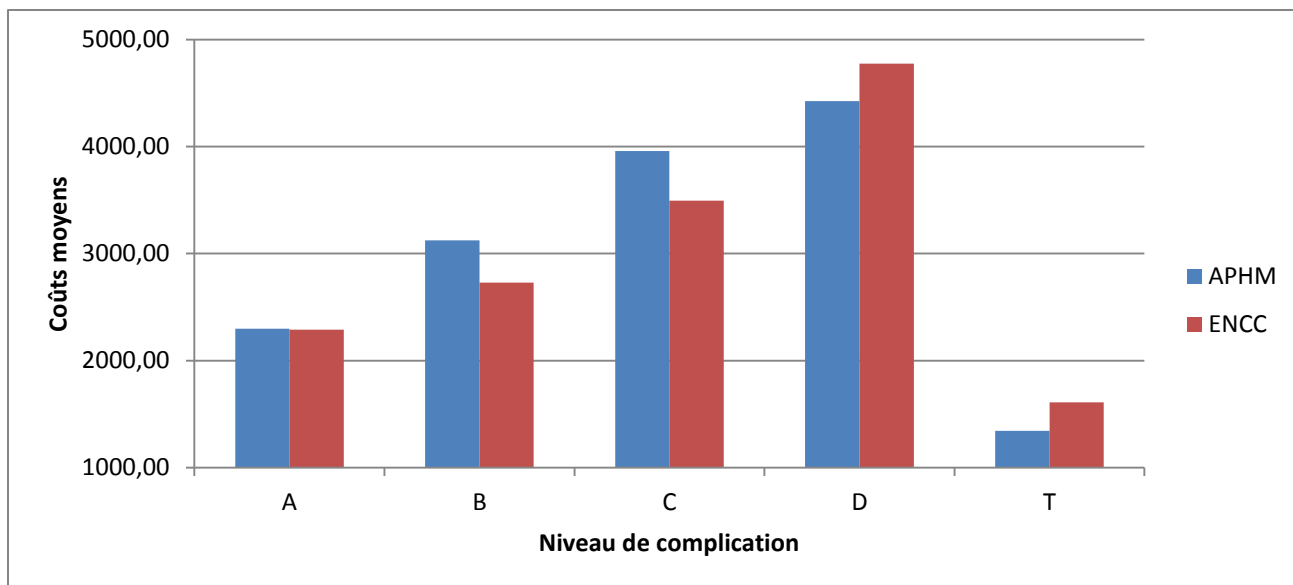


Figure 1 : Différence de coût APMH /ENCC en fonction du niveau de complication

La figure 2 présente le ratio retrouvé entre les coûts pour l'AP-HM et ceux pour l'ENCC en fonction du niveau de complication et de la durée moyenne de séjour à l'AP-HM. En effet, le coût d'un séjour étant directement affecté par la durée de séjour du patient, il paraissait pertinent d'intégrer ce paramètre dans l'analyse de cette différence de coûts.

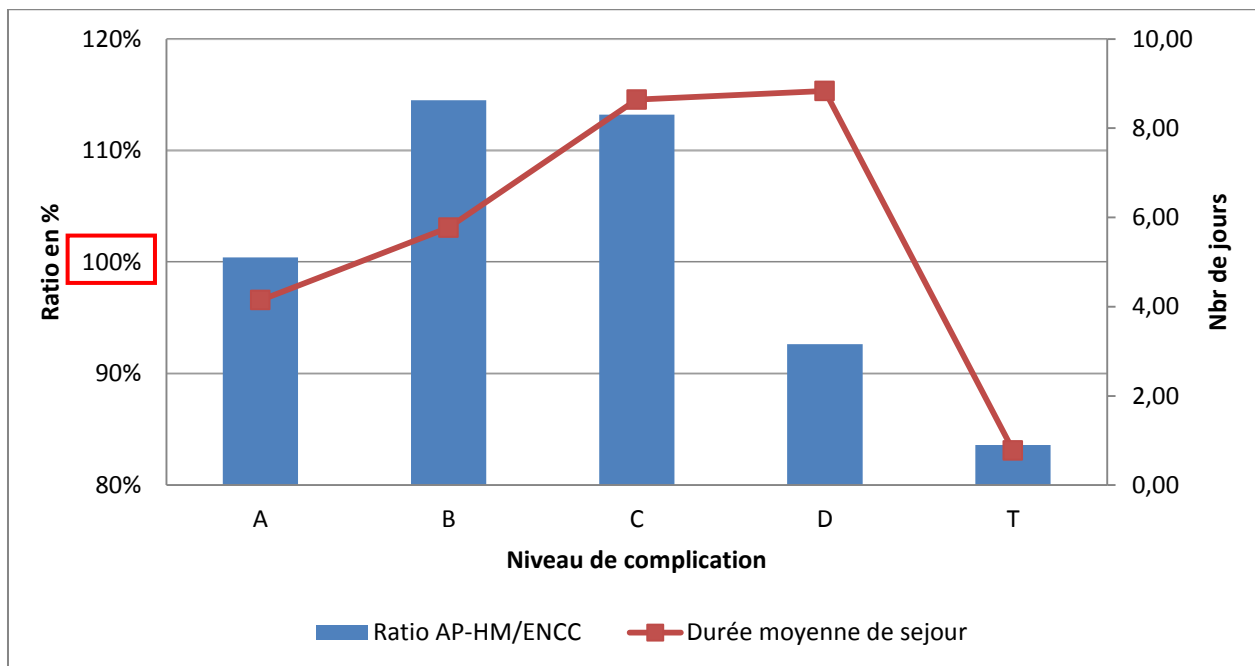


Figure 2 : Ratio coût AP-HM/ENCC en fonction du niveau de complication et de la durée moyenne de séjour à l'AP-HM

Concernant l'analyse les grandes lignes de dépense analysées dans le TCCM, il est à noter que les dépenses de laboratoire classées Hors Nomenclature (HN) sont particulièrement excessives à l'AP-HM comparé à l'ENCC, quel que soit le segment considéré. Ces dépenses hors nomenclature sont prises en charge dans le cadre des MIGAC dans la mesure où l'acte est réalisé dans l'établissement où la patiente est hospitalisée. Ces frais ne sont donc pas couverts par le tarif remboursé par la Sécurité Sociale mais par des enveloppes spécifiques qui prennent en charge ces dépenses.

Les autres pôles de dépenses qui grèvent la performance financière de l'accouchement unique par voie basse à l'AP-HM quel que soit le segment sont :

- La Logistique et Gestion Générale (LGG) qui regroupe les frais de blanchisserie, restauration, administration... Ces pôles de dépenses excessifs sont directement liés aux frais d'hébergement. La logique selon laquelle, le coût d'un séjour est d'autant plus important que la durée du séjour est importante, est donc particulièrement vraie à l'AP-HM.
- Les charges directes qui regroupent toutes les sous-traitances, les Dispositifs Médicaux Implantables (facturables en sus ou non), les spécialités pharmaceutiques (facturables en sus ou non), les produits sanguins labiles...

En revanche, les dépenses cliniques qui regroupent les frais en personnel médical et soignant, dont les sages-femmes, sont le plus souvent inférieures pour l'AP-HM par rapport aux chiffres de l'ENCC. Ces chiffres suivent la même dynamique que les résultats présentés dans la figure 1, à savoir un équilibre des dépenses entre AP-HM et ENCC pour le segment A, un excès de dépenses pour l'AP-HM par rapport à l'ENCC pour les segments B et C et enfin, une meilleure performance pour l'AP-HM par rapport à l'ENCC pour les segments D et T.

Les chiffres détaillés des TCCM sont disponibles en annexe 2.

La figure 3 représente le ratio entre le coût de l'accouchement unique par voie basse à l'AP-HM et le tarif remboursé par la Sécurité Sociale en fonction du niveau de complication. Ces données permettent d'évaluer l'adéquation entre les arrêtés de financement et les coûts effectifs au sein de l'AP-HM.

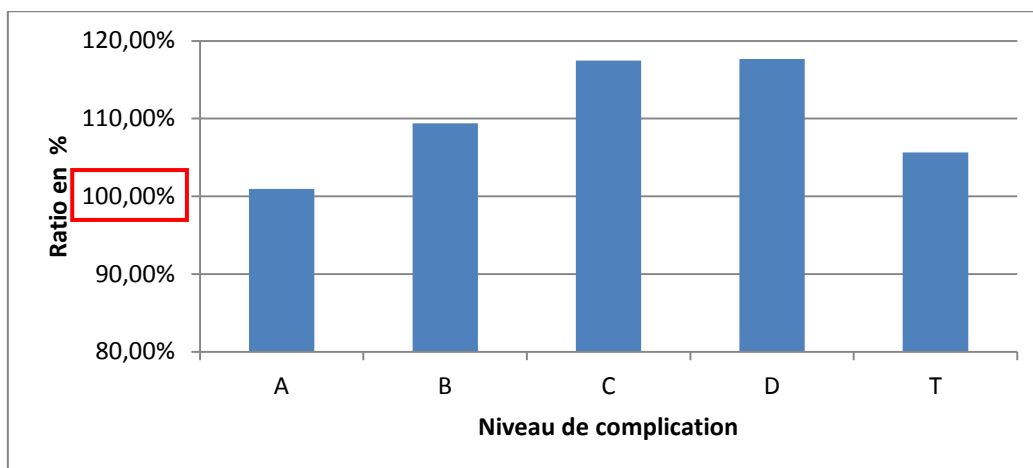


Figure 3 : Ratio entre le coût pour l'AP-HM et le tarif remboursé par la Sécurité Sociale en fonction du niveau de complication

La figure 4 montre le nombre moyen d'actes réalisé en fonction du type d'acte (MCO ou anesthésie) et du niveau de complication. Ces données montrent que le nombre moyen d'actes MCO augmente au fur et à mesure que les complications croissent alors que les actes d'anesthésie restent stables quel que soit le niveau de complication.

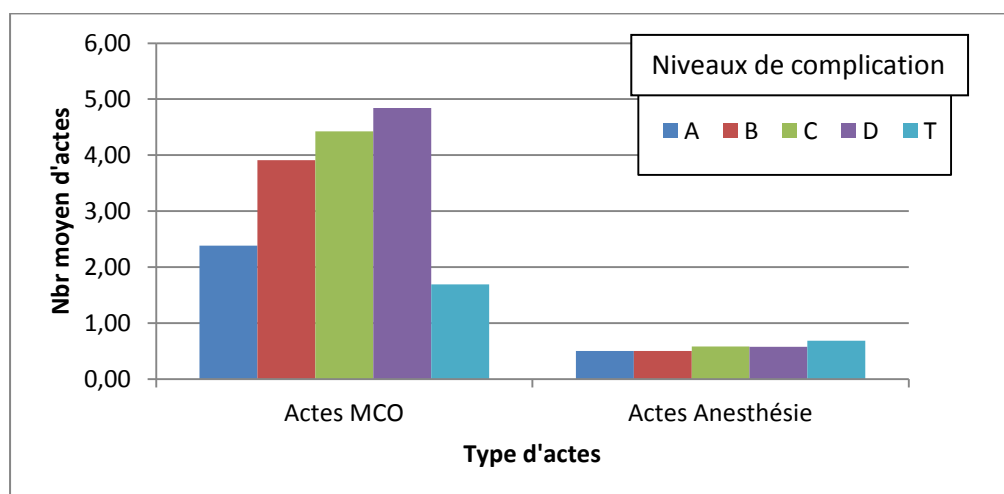


Figure 4 : Nombre moyen d'actes/séjour en fonction du type d'acte et du niveau de complication

Enfin, la figure 5 représente le pourcentage de chaque niveau de complication en fonction de l'établissement considéré, dans le but de déterminer si la répartition des patientes dans chaque GHM est équivalente entre celle constatée dans les maternités de l'AP-HM et celle effective dans les autres maternités de niveau III de France. Le tableau 2, lui, montre la répartition des différents niveaux de maternités publiques dans les 10 plus grandes unités urbaines de France (plus de 500 000 habitants). Ces données permettront d'éventuellement élargir les résultats de ce travail au territoire Français.

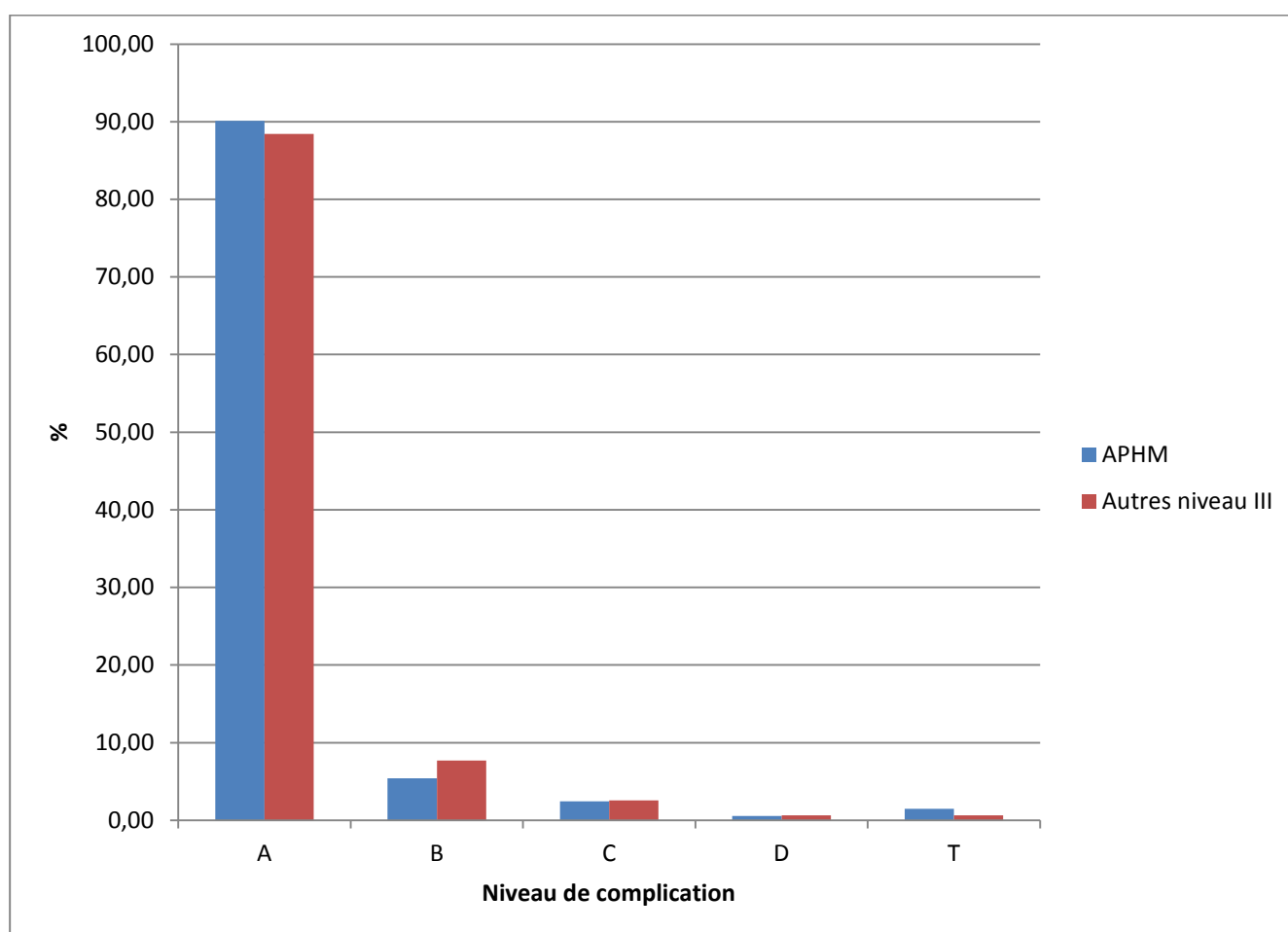


Figure 5 : Pourcentage de chaque niveau de complication en fonction de l'établissement

Tableau 2 : Nombre de maternités publiques dans chaque unité urbaine de plus de 500 000 habitants en fonction du niveau de maternité

	Niveau I	Niveau II	Niveau III
Paris	0	5	5
Lyon	0	0	2
Marseille	0	0	2
Lille	0	0	1
Nice	0	0	1
Toulouse	0	0	1
Bordeaux	0	0	1
Nantes	0	0	1
Toulon	0	1	0
Douai-Lens	0	1	1
Grenoble	0	0	1

Discussion

Les résultats de cette analyse des coûts de l'accouchement unique par voie basse à l'AP-HM ont montré, tout d'abord, que plus le niveau de complication augmente, plus les coûts constatés à l'AP-HM sont supérieurs à la moyenne nationale calculée par l'ENCC et ce, jusqu'au niveau de complication C (complications majeures). En revanche, le ratio s'inverse en faveur de l'AP-HM pour les complications sévères (segment D) et les séjours inférieurs à 48h (segment T). De plus, ces résultats, une fois mis en perspective avec la durée moyenne de séjour pour chaque segment, montrent que l'augmentation des coûts est corrélée à l'augmentation de la durée de séjour, excepté pour le segment D, pour lequel, la durée moyenne de séjour est la plus élevée mais affiche des coûts 7% en dessous des coûts annoncés par l'ENCC.

La corrélation entre durée de séjour et coûts est un phénomène pris en compte par la T2A puisque la Sécurité Sociale majore les tarifs fixés par les arrêtés de financement d'une somme forfaitaire, par jour supplémentaire de séjour, au-delà d'une certaine borne fixée en fonction de l'ENCC. En obstétrique, cette borne est fixée à 10 jours pour les GHM classés A, 12 jours pour les GHM en B, 18 jours pour les GHM en C et 22 jours pour les GHM classés en D. Or, à l'AP-HM, on constate que les durées moyennes de séjour sont bien inférieures à ces bornes, quel que soit le segment considéré. Ainsi, l'établissement ne bénéficie pas de ces compléments de rémunération et perçoit uniquement le tarif correspondant au GHS.

Cependant, les GHM classés D, à savoir ceux des patientes ayant connu des complications sévères, semblent être ceux qui présentent la meilleure efficience puisque ces patientes restent en moyenne plus longtemps que celles classées dans les autres GHM et pourtant, le coût de leur séjour est bien inférieur à celui retrouvé par l'ENCC. Bien que les données dont nous disposons ici ne nous permettent pas de conclure quant aux raisons exactes de cette meilleure efficience, il est légitime de faire l'hypothèse que les patientes appartenant à ces GHM sont celles qui ont toute leur place dans des maternités de niveau III. En effet les pathologies qu'elles présentent justifient la mise en œuvre des moyens humains et techniques lourds mais performants que l'on retrouve dans ces maternités,

alors que les patientes ne présentant pas ou peu de complications, consomment une partie d'une offre de soin coûteuse dont elles n'ont pas besoin.

Ensuite, les patientes effectuant un séjour de courte durée (GHM classé T) présentent également une performance économique non négligeable par rapport à l'ENCC. Ici, cette efficience peut être attribuée à la brièveté du séjour de ces patientes qui, bien qu'elles consomment des soins plus lourds que ce que leur niveau de complication l'exige, ne consomment que peu de frais d'hébergement (blanchisserie, restauration...) qui est un pôle très coûteux à l'AP-HM comme l'a montré l'analyse du TCCM.

Les données issues du TCCM montrent également que les dépenses cliniques, incluant les dépenses en personnel médical et soignant, sont soit en dessous des coûts rapportés par l'ENCC soit légèrement au dessus. On peut donc conclure que le facteur humain n'est pas un élément qui grève la performance économique des maternités de l'AP-HM. Dans un contexte où les politiques publiques font souvent porter le poids de la contre-performance économique aux personnels de la Fonction Publique, notamment à travers la Révision Générale des Politiques Publiques (RGPP, 2007) qui prévoyait le non remplacement d'un fonctionnaire sur deux partant à la retraite, cette notion semble particulièrement importante à souligner.

En revanche, les dépenses couvrant les frais de laboratoire et de LGG sont particulièrement excédentaires à l'AP-HM. Des actions peuvent être menées afin de réduire ces deux pôles de dépense, d'une part, en mobilisant les équipes médicales et soignantes afin qu'elles effectuent une évaluation de leurs pratiques en ce qui concerne la prescription d'examens de laboratoire, en accord avec les recommandations des autorités compétentes, et d'autre part en limitant la durée de séjour des patientes pour lesquelles un retour précoce à la maison est possible, en collaboration avec la médecine de ville (médecins généralistes et sages-femmes libérales). Ce dernier point permettrait un transfert important de patientes vers les GHM de courts séjours (T) pour lesquels l'AP-HM est plus performante économiquement parlant par rapport à l'ENCC.

Concernant la comparaison coût/tarif, les résultats ont montré que l'AP-HM présente des coûts excédant le tarif remboursé par la Sécurité Sociale, et ce, quel que soit le GHM. Ainsi, si l'on ne considère que la rémunération provenant des tarifs, l'accouchement unique par voie basse à l'AP-HM est une activité à considérer comme déficitaire. Cependant, la simple comparaison coût/tarif présente un certain nombre de limites. En effet, certains des coûts présentés n'ont pas vocation à être couverts par les tarifs, et les tarifs financent certains coûts qui ne sont pas pris en compte dans l'ENCC (les coûts de structure par exemple). Afin de palier les biais inhérents à la comparaison coût/tarif, l'ATIH a produit un guide méthodologique permettant de calculer des *tarifs issus des coûts*, couvrant ainsi les mêmes périmètres de données (ATIH, 2014). Cette méthodologie pourrait être intéressante à appliquer aux coûts effectifs au sein de l'AP-HM dans une prochaine étude. Toujours est-il que la simple comparaison coût/tarif permet de suggérer qu'il existe une inadéquation entre les dépenses engagées pour assurer des soins obstétricaux sûrs et de qualité et les tarifs fixés par les arrêtés de financement.

Pour ce qui touche le nombre moyen d'actes réalisés pour chaque GHM, les résultats montrent que plus le niveau de complication augmente, plus le nombre d'actes MCO réalisés augmente. Ce résultat semble répondre à une logique qui voudrait que plus le niveau de complication est important, plus les interventions médicales seront nombreuses et donc coûteuses. La T2A se base sur ce principe à travers l'augmentation des tarifs au fur et à mesure de l'augmentation du niveau de complication. En revanche, le nombre d'actes d'anesthésie reste stable au fil des différents segments. Cette donnée pourrait être le reflet d'une prise en charge standardisée de la douleur obstétricale au sein des maternités de niveau III de l'AP-HM. En effet, alors que des complications majeures ou sévères pourraient faire supposer un plus fort recours à des actes d'anesthésie, on constate ici que le nombre moyen de ces actes est constant, à environ 0,5 acte par séjour, quel que soit le niveau de complication. Cependant, une moyenne de 50% d'actes d'anesthésie (Anesthésie rachidienne au cours d'un accouchement par voie basse) par séjour est bien en dessous de la moyenne nationale qui se situe à 82% d'analgésie péridurale (Blondel et Kermarrec,

2011). Ainsi, il est légitime de se demander s'il n'existe pas une sous-déclaration des actes d'anesthésie, ce qui représenterait un manque à gagner non négligeable pour l'AP-HM.

Enfin, les données concernant les autres maternités de niveau III de France montrent que la répartition de l'offre de soin en obstétrique est sensiblement la même dans toutes les unités de urbaines de plus de 500 000 habitants de France, à savoir, aucune maternité de publique de niveau I et très peu, voire aucune, maternité de niveau II. Dans la majorité des cas, tout comme sur le territoire marseillais, il n'existe que des maternités publiques de niveau III. De même, la répartition des GHM est quasiment identique pour l'AP-HM et pour les autres maternités de niveau III. Les patientes ne présentant aucune complication représentent 90% des patientes prises en charge, alors que les 10% restants se répartissent de façon dégressive entre les autres segments. Ainsi, l'immense majorité des patientes prises en charge par les maternités de niveau III en France sembleraient pouvoir l'être dans des maternités de niveau inférieur.

L'ensemble de ces résultats montre que les maternités de l'AP-HM sont économiquement performantes dans la prise en charge des patientes qui présentent des complications sévères et pour celles qui effectuent un séjour de moins de 48h, en comparaison avec les données de l'ENCC. En revanche, l'accouchement unique par voie basse reste une activité déficitaire à l'AP-HM quel que soit le niveau de complication ou la durée du séjour, si on ne tient compte que de la comparaison coût/tarif qui présente un certain nombre de limites. De plus, on constate qu'il existe une certaine uniformité dans l'offre de soin en obstétrique dans les grandes villes de France, ce qui permet d'élargir les conclusions de cette étude à l'ensemble du territoire Français.

Les données issues de cette analyse économique peuvent trouver deux interprétations. Soit les arrêtés de financement sont inadaptés à la réalité des coûts engendrés par l'accouchement unique par voie basse et il est urgent de les revaloriser afin de limiter le déficit des hôpitaux proposant un service de maternité ; l'offre de soin restant constante par ailleurs. Cette solution directe ne demande aucune réorganisation de l'offre de soin obstétricale mais représentera, à terme, un

surcoût important pour l'Assurance Maladie, alors que la dynamique des politiques actuelles est à la réduction des dépenses de santé (Rapport IGAS/IGF, 2012). Soit, ces résultats peuvent être l'occasion de repenser l'offre de soin en obstétrique et la pertinence de la T2A pour la financer. En effet, la répartition en différents niveau de maternité a été pensée dans une optique de prise en charge des grossesses en fonction du risque qu'elles représentent ; du suivi de proximité sensé être assuré par les maternités de niveau I pour les grossesses à bas risque, au suivi hyperspécialisé, assuré par les maternités de niveau III en cas de pathologie maternelle, obstétricale, fœtale et/ou néonatale (Plan de « périnatalité » 2005-2007, 2004). Cette organisation permet d'allouer les ressources de façon optimale en fonction des besoins en santé des patientes et de leur enfant. Or, cette étude montre que 90% des patientes prises en charge dans les maternités de niveau III ne présentent absolument aucune complication. Ces patientes devraient donc être suivies dans une maternité de niveau I. On peut supposer que, faute d'offre de soin publique de proximité, elles se tournent vers la structure publique la plus proche de leur domicile, à savoir une maternité de niveau III. Une solution serait d'encadrer le parcours de soin de la grossesse, sur le modèle de la réforme du médecin traitant, en ouvrant l'accès aux maternités de niveau III uniquement aux patientes et fœtus/nouveau-nés dont les besoins en santé le justifient. Cela impliquerait un investissement de départ potentiellement conséquent afin de mettre l'offre de soin à niveau, c'est-à-dire ouvrir des maternités publiques de niveau I là où il n'y en n'avait pas auparavant. Sur le territoire marseillais, cette mise à niveau de l'offre de soin pourrait se concrétiser par le transfert de la maternité de La Conception vers une nouvelle maternité de niveau III au sein de l'hôpital de la Timone. Les locaux de La Conception pourraient donc être réinvestis par une maternité publique de niveau I qui pourrait accueillir les patientes présentant une grossesse à bas risque. De plus, une structure spécialement dévolue à ce type de patiente pourrait tisser un réseau ville-hôpital particulièrement performant, ce qui permettrait de favoriser les sorties précoces et ainsi limiter les séjours hospitaliers qui sont très coûteux, comme l'ont montré les résultats de cette étude. Pour aller plus loin et offrir un panel de prise en charge complet aux couples, il pourrait être envisagé l'ouverture d'une maison de naissance,

accolée à une de ces deux maternités, afin que les patientes présentant une grossesse à bas risque, ne souhaitant pas avoir recours à l'analgésie péridurale et désirant mettre au monde leur enfant en dehors d'un contexte hospitalier puissent le faire dans une structure assurant une sécurité et une qualité de soin optimale.

Du point de vue du financement, on peut interroger la pertinence de la T2A telle qu'elle est appliquée actuellement. En effet, dans la version 11f du manuel des GHM actuellement en vigueur, les patientes présentant les pathologies obstétricales les plus fréquentes telles que le diabète gestationnel ou la pré-éclampsie sont classées dans le segment B (autres complications), quelle que soit la sévérité de la pathologie. Ainsi, une patiente présentant une pré-éclampsie légère, entrera dans le même GHM que celle qui présentera une éclampsie ou un HELLP Syndrom. Pour ces deux patientes, l'hôpital percevra le même tarif alors que leur prise en charge aura été radicalement différente, l'une étant bien plus lourde que l'autre. La répartition des patientes dans les différents segments des GHM 14Z13 et 14Z14 semble donc à revoir afin que les maternités perçoivent des tarifs plus en accord avec la prise en charge offerte aux patientes en fonction de la sévérité de leur pathologie. Ainsi, pour une même pathologie, il faudrait pouvoir classer les patientes dans des segments différents en fonction de la sévérité de cette pathologie.

Cette étude a permis de soulever certaines pistes d'amélioration quant à l'efficience économique de l'accouchement unique par voie basse dans les maternités de niveau III en France. Cependant, elle présente deux biais qui limitent la portée de ses conclusions. Tout d'abord, un séjour en maternité est, en réalité, la somme du séjour de la mère et du séjour du nouveau-né. Or, cette étude ne prend en compte que le séjour de la mère. Il faudrait donc réaliser un nouveau TCCM et une nouvelle analyse coût-tarif avec les deux catégories de séjour afin d'avoir une vision plus globale du coût d'un séjour dans les maternités de l'AP-HM.

Ensuite, n'ont pas été exclu de cette étude les séjours des patientes ayant accouché prématurément. Or, pour un accouchement entre 22 et 31 semaines d'aménorrhées (SA), s'il n'y a pas eu de complication à l'accouchement, le séjour de la patiente peut être classé dans le segment A (voir

annexe 3). Ces séjours sont problématiques car ils introduisent un biais de confusion. En effet, ces femmes sont classées dans un GHM « sans complication », il serait donc possible de penser qu'elles puissent être prises en charge dans une maternité de niveau I. Mais le terme auquel elles accouchent impose leur prise en charge en maternité de niveau III. Ainsi, pour pouvoir réellement conclure à la nécessité de l'ouverture d'une maternité publique de niveau I sur le territoire marseillais, il faudrait mener une étude économique comparative entre une maternité de niveau III pour laquelle on ne tiendrait compte que des accouchements survenus après 37 SA (limite de la prématurité) et une maternité de niveau I.

Conclusion

Pour conclure, les résultats de ce travail semblent confirmer l'hypothèse de départ qui supposait l'existence d'un décalage entre le coût de l'accouchement unique par voie basse à l'AP-HM et les coûts retrouvés par l'ENCC ainsi qu'avec les tarifs fixés par les arrêtés de financement. Ce décalage laisse penser que les ressources en obstétrique seraient allouées de façon peu pertinente, et ce, sur l'ensemble du territoire national. Il serait donc judicieux de réorganiser l'offre de soin afin d'optimiser la prise en charge des patientes, dans une maternité adaptée au niveau de risque que présente leur grossesse. Cela serait possible en augmentant le nombre de maternités publiques de niveau I afin de désengorger les maternités de niveau III, dont 90% des patientes ne présentent aucune complication, et leur permettre de consacrer l'ensemble de leurs ressources aux patientes et fœtus/nouveau-nés qui ont réellement besoin de leur expertise.

Bibliographie

- ❖ Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (2011). *Etude Adéquation Financement Charges Méthodologie de Calcul des Tarifs issus des Coûts*, Document de travail, [http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1474/M%C3%A9thodologie - Etude Ad%C3%A9quation Charges Financement 2011.pdf](http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1474/M%C3%A9thodologie_-_Etude_Ad%C3%A9quation_Charges_Financement_2011.pdf), consulté le 11/02 /2015.
- ❖ Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (2013). *Missions*, Site web, <http://www.atih.sante.fr/l-atih/missions>, consulté le 11/02/2015.
- ❖ Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (2014). *Méthode Alternative à la Comparaison des Coûts et des Tarifs*, Guide méthodologique, [http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2623/methodologie - methode alternative a la comparaison des couts et des tarifs 2013.pdf](http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2623/methodologie_-_methode_alternative_a_la_comparaison_des_couts_et_des_tarifs_2013.pdf), consulté le 13/02/2015.
- ❖ Blondel, B et Kermarrec, M. (2011). Enquête Nationale Périnatale 2010, les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. INSERM.
- ❖ Margarit, C. et Peyret, P. (2008). Nouvelle Gouvernance et Comptabilité Analytique par Pôles. *Journal d'Economie Médicale*. 1-2(26), p 108.
- ❖ Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes (2004). *Plan « Périnatalité » 2005-2007. Humanité, Proximité, Sécurité, Qualité*. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf, consulté le 13/02/2015.
- ❖ Or, Z., Renaud, T. (2009). Principes et Enjeux de la Tarification à l'Activité à l'Hôpital (T2A) : Enseignements de la Théorie Economique et des Expériences Etrangères. *DT n°23*. IRDES
- ❖ République Française. Décret no 98-899 du 9 octobre 1998 modifiant le titre Ier du livre VII du code de la santé publique et relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat). J.O n° 235 du 10 octobre 1998 page 15343.
- ❖ République Française. Loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004. J.O. n°293 du 19 décembre 2003 page 21641 texte n°1.
- ❖ Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et du Droit des Femmes (2012). *Proposition pour la Maîtrise des de l'ONDAM 2013-2017 – Rapport IGAS/IGF*. http://issuu.com/ministere-sante/docs/rapport_ondam-igas-igf_juin2012/1?e=0, consulté le 15/02/2015.

Annexe 1 : Algorithme permettant de définir les bornes hautes et basses au-delà desquelles un séjour est considéré comme atypique.

$$\begin{aligned} borne_sup &= Exp \left[moyenne(LC) + \acute{e}cartype(LC) + centil_95\%(LC) - m\acute{e}diane(LC) \right] \\ borne_inf &= Exp \left[moyenne(LC) - \acute{e}cartype(LC) + centil_5\%(LC) - m\acute{e}diane(LC) \right] \end{aligned}$$

Annexe 2 : Tableaux Coût Case-Mix

Pôles de dépense pour le GHM 14Z13A	AP-HM	ENCC	Ratio
Amortissement location clinique (hors SI SC réa)	2,45	10,57	23,14%
Entretien maintenance clinique (hors SI SC réa)	1,15	4,60	24,94%
Pers autres clinique (hors SI SC réa)	192,48	124,85	154,17%
Pers médical clinique (hors SI SC réa et hors PDS)	146,73	133,95	109,54%
Pers soignants clinique (hors SI SC réa)	406,07	466,92	86,97%
Dépenses cliniques	748,89	740,89	101,08%
Dépenses SC	0,00	0,86	0,00%
Dépenses SI	0,00	0,03	0,00%
Dépenses REA	0,00	0,06	0,00%
TOTAL Dépenses cliniques + SI + SC + REA	748,89	741,84	100,95%
Dépenses totales Anesthésie	195,04	251,15	77,66%
Dépenses totales Bloc chirurgical	0,00	19,43	0,00%
Dépenses totales Bloc Obstétrique	493,89	607,48	81,30%
Dépenses totales Exploration fonctionnelle	0,01	0,35	2,35%
Dépenses totales Imagerie	0,86	1,12	76,52%
Dépenses totales Imagerie interventionnelle	0,00	0,15	0,00%
Dépenses totales Laboratoire B	32,88	34,79	94,52%
Dépenses totales Laboratoire Hors nomenclature (BHN)	6,22	1,25	497,58%
Dépenses totales Laboratoire Hors nomenclature (AHN)	3,50	1,46	240,69%
Dépenses totales Laboratoire de génétique B	0,08	0,00	
TOTAL LABORATOIRE	42,69	38,29	111,48%
Dépenses totales SMUR terrestre	1,68	2,84	59,14%
Dépenses totales SMUR aérien	0,00	0,05	0,00%
Dépenses totales Urgences	0,19	19,19	0,98%
Dépenses totales Autres MT	0,00	1,98	0,00%
TOTAL Dépenses MT	734,35	942,01	77,96%
Blanchisserie	65,75	32,84	200,23%
Restauration	112,01	83,23	134,58%
Accueil et gestion des malades	22,30	14,47	154,17%
Services administratifs à caractère général	82,18	128,69	63,86%
Services administratifs liés au pers	119,38	64,90	183,94%
Brancardage et transport pédestre des patients	15,51	15,49	100,11%
DIM	14,30	8,74	163,62%
DSIO	79,13	43,07	183,71%
Entretien-maintenance	69,98	54,72	127,89%
Services hôteliers	150,38	96,23	156,28%
Transport motorisé des patients (hors SMUR)	2,66	12,45	21,34%
TOTAL Dépenses LGG	733,58	554,82	132,22%
TOTAL Dépenses LM	45,49	62,86	72,36%
TOTAL Charges directes hors honoraires	264,45	193,20	136,88%
TOTAL Charges directes (dont hono et rém à l'acte)	264,80	214,24	123,60%
TOTAL Structure	235,07	137,70	170,71%
Cout complet - Hors structure	2562,44	2515,78	101,85%

Pôles de dépense pour le GHM 14Z13B	AP-HM	ENCC	Ratio
Dépenses cliniques	1020,46	927,19	110,06%
Dépenses SC	0,00	6,56	0,00%
Dépenses SI	0,00	0,71	0,00%
Dépenses REA	0,00	3,21	0,00%
TOTAL Dépenses cliniques + SI + SC + REA	1020,46	937,67	108,83%
Dépenses totales Anesthésie	205,36	239,38	85,79%
Dépenses totales Bloc chirurgical	0,00	19,21	0,00%
Dépenses totales Bloc Obstétrique	490,34	596,75	82,17%
Dépenses totales Exploration fonctionnelle	0,00	0,72	0,00%
Dépenses totales Imagerie	1,10	4,12	26,74%
Dépenses totales Imagerie interventionnelle	0,00	0,63	0,00%
Dépenses totales Laboratoire B	70,40	60,07	117,20%
Dépenses totales Laboratoire Hors nomenclature (BHN)	12,27	3,31	370,69%
Dépenses totales Laboratoire Hors nomenclature (AHN)	13,00	4,26	305,08%
Dépenses totales Laboratoire de génétique B	0,19	2,29	8,31%
TOTAL LABORATOIRE	95,86	69,93	137,08%
Dépenses totales SMUR terrestre	0,00	4,85	0,00%
Dépenses totales SMUR aérien	0,00	0,82	0,00%
Dépenses totales Urgences	0,90	19,11	4,71%
Dépenses totales Autres MT	0,00	2,01	0,00%
TOTAL Dépenses MT	793,56	957,54	82,88%
Blanchisserie	87,96	42,60	206,47%
Restauration	149,83	108,65	137,90%
Accueil et gestion des malades	22,30	14,09	158,29%
Services administratifs à caractère général	109,92	164,91	66,65%
Services administratifs liés au pers	159,67	88,09	181,26%
Brancardage et transport pédestre des patients	20,74	18,76	110,55%
DIM	14,30	8,70	164,35%
DSIO	105,87	57,83	183,06%
Entretien-maintenance	93,59	70,57	132,62%
Services hôteliers	201,17	128,48	156,58%
Transport motorisé des patients (hors SMUR)	3,55	16,12	22,04%
TOTAL Dépenses LGG	968,89	718,80	134,79%
TOTAL Dépenses LM	53,80	66,20	81,26%
TOTAL Charges directes hors honoraires	459,34	257,62	178,30%
TOTAL Charges directes (dont hono et rém à l'acte)	459,91	280,34	164,05%
TOTAL Structure	314,45	178,04	176,62%
Cout complet - Hors structure	3345,43	2 960,56	113,00%

Pôles de dépense pour le GHM 14Z13C	AP-HM	ENCC	Ratio
Dépenses cliniques	1512,79	1 308,04	116%
Dépenses SC	0,00	23,78	0%
Dépenses SI	0,00	1,15	0%
Dépenses REA	40,93	9,06	452%
TOTAL Dépenses cliniques + SI + SC + REA	1553,72	1 342,03	116%
Dépenses totales Anesthésie	204,57	233,86	87%
Dépenses totales Bloc chirurgical	0,00	40,48	0%
Dépenses totales Bloc Obstétrique	482,78	567,51	85%
Dépenses totales Exploration fonctionnelle	0,00	1,26	0%
Dépenses totales Imagerie	2,46	9,70	25%
Dépenses totales Imagerie interventionnelle	0,00	0,28	0%
Dépenses totales Laboratoire B	63,21	78,13	81%
Dépenses totales Laboratoire Hors nomenclature (BHN)	10,77	6,57	164%
Dépenses totales Laboratoire Hors nomenclature (AHN)	18,83	9,23	204%
Dépenses totales Laboratoire de génétique B	0,41	3,30	13%
TOTAL LABORATOIRE	93,22	97,23	96%
Dépenses totales SMUR terrestre	0,00	15,96	0%
Dépenses totales SMUR aérien	0,00	0,41	0%
Dépenses totales Urgences	0,00	24,91	0%
Dépenses totales Autres MT	0,00	3,29	0%
TOTAL Dépenses MT	783,03	996,24	79%
Blanchisserie	132,48	57,22	232%
Restauration	223,84	152,29	147%
Accueil et gestion des malades	22,30	14,36	155%
Services administratifs à caractère général	165,55	230,34	72%
Services administratifs liés au pers	240,47	119,60	201%
Brancardage et transport pédestre des patients	31,24	28,39	110%
DIM	14,30	8,48	169%
DSIO	159,44	79,02	202%
Entretien-maintenance	140,95	94,92	148%
Services hôteliers	302,96	183,25	165%
Transport motorisé des patients (hors SMUR)	5,36	24,47	22%
TOTAL Dépenses LGG	1438,88	992,34	145%
TOTAL Dépenses LM	66,39	76,28	87%
TOTAL Charges directes hors honoraires	369,62	305,29	121%
TOTAL Charges directes (dont hono et rém à l'acte)	370,38	322,65	115%
TOTAL Structure	473,57	242,27	195%
Cout complet - Hors structure	4277,17	3 729,53	115%

Pôles de dépense pour le GHM 14Z13D	AP-HM	ENCC	Ratio
Dépenses cliniques	1386,13	1816,14	76,32%
Dépenses SC		18,60	0,00%
Dépenses SI		0,00	0,00%
Dépenses REA	126,42	22,13	571,27%
TOTAL Dépenses cliniques + SI + SC + REA	1512,56	1856,87	81,46%
Dépenses totales Anesthésie	153,21	242,61	63,15%
Dépenses totales Bloc chirurgical	0,00	12,11	0,00%
Dépenses totales Bloc Obstétrique	562,02	619,52	90,72%
Dépenses totales Exploration fonctionnelle	0,00	4,39	0,00%
Dépenses totales Imagerie	24,59	18,27	134,59%
Dépenses totales Imagerie interventionnelle	0,00	0,00	0,00%
Dépenses totales Laboratoire B	123,81	137,53	90,02%
Dépenses totales Laboratoire Hors nomenclature (BHN)	7,81	12,92	60,46%
Dépenses totales Laboratoire Hors nomenclature (AHN)	33,38	15,49	215,44%
Dépenses totales Laboratoire de génétique B	0,00	7,85	0,00%
TOTAL LABORATOIRE	165,00	173,79	94,94%
Dépenses totales SMUR terrestre	0,00	8,57	0,00%
Dépenses totales SMUR aérien	0,00	0,00	0,00%
Dépenses totales Urgences	0,00	15,04	0,00%
Dépenses totales Autres MT	0,00	6,38	0,00%
TOTAL Dépenses MT	904,82	1100,68	82,21%
Blanchisserie	109,48	80,01	136,84%
Restauration	181,04	211,28	85,69%
Accueil et gestion des malades	22,30	13,93	160,13%
Services administratifs à caractère général	136,79	316,84	43,17%
Services administratifs liés au pers	198,70	173,40	114,59%
Brancardage et transport pédestre des patients	25,81	35,97	71,76%
DIM	14,30	7,84	182,40%
DSIO	131,76	109,61	120,20%
Entretien-maintenance	116,46	132,53	87,87%
Services hôteliers	250,34	251,92	99,37%
Transport motorisé des patients (hors SMUR)	4,42	33,48	13,21%
TOTAL Dépenses LGG	1191,40	1366,80	87,17%
TOTAL Dépenses LM	77,27	84,63	91,30%
TOTAL Charges directes hors honoraires	534,20	358,98	148,81%
TOTAL Charges directes (dont hono et rém à l'acte)	535,68	381,21	140,52%
TOTAL Structure	391,34	351,11	111,46%
Cout complet - Hors structure	4297,59	4790,19	89,72%

Pôles de dépense pour le GHM 14Z13T	AP-HM	ENCC	Ratio
Dépenses cliniques	166,79	188,94	88,28%
Dépenses SC	0,00	0,00	0,00%
Dépenses SI	0,00	0,00	0,00%
Dépenses REA	0,00	0,00	0,00%
TOTAL Dépenses cliniques + SI + SC + REA	166,79	188,94	88,28%
Dépenses totales Anesthésie	252,70	175,11	144,31%
Dépenses totales Bloc chirurgical	0,00	19,51	0,00%
Dépenses totales Bloc Obstétrique	465,88	731,85	63,66%
Dépenses totales Exploration fonctionnelle	0,00	0,44	0,00%
Dépenses totales Imagerie	0,00	0,45	0,00%
Dépenses totales Imagerie interventionnelle	0,00	0,00	0,00%
Dépenses totales Laboratoire B	43,62	47,79	91,28%
Dépenses totales Laboratoire Hors nomenclature (BHN)	10,60	1,45	731,03%
Dépenses totales Laboratoire Hors nomenclature (AHN)	7,34	2,75	266,78%
Dépenses totales Laboratoire de génétique B	0,00	2,03	0,00%
TOTAL LABORATOIRE	61,57	54,02	113,97%
Dépenses totales SMUR terrestre	0,00	121,74	0,00%
Dépenses totales SMUR aérien	0,00	0,00	0,00%
Dépenses totales Urgences	0,00	13,29	0,00%
Dépenses totales Autres MT	0,00	1,52	0,00%
TOTAL Dépenses MT	780,14	1 117,93	69,78%
Blanchisserie	14,30	6,73	212,48%
Restauration	22,96	13,96	164,44%
Accueil et gestion des malades	22,30	13,32	167,44%
Services administratifs à caractère général	21,04	51,61	40,78%
Services administratifs liés au pers	30,61	23,99	127,60%
Brancardage et transport pédestre des patients	4,01	3,79	105,75%
DIM	14,30	8,27	173,02%
DSIO	20,32	16,72	121,54%
Entretien-maintenance	17,96	24,27	73,98%
Services hôteliers	38,62	36,25	106,54%
Transport motorisé des patients (hors SMUR)	0,70	5,11	13,71%
TOTAL Dépenses LGG	207,12	204,01	101,53%
TOTAL Dépenses LM	36,53	70,91	51,52%
TOTAL Charges directes hors honoraires	318,62	317,33	100,41%
TOTAL Charges directes (dont hono et rém à l'acte)	318,69	318,80	99,97%
TOTAL Structure	60,31	44,26	136,27%
Cout complet - Hors structure	1 532,54	1 900,60	80,63%

Pôles de dépense pour le GHM 14Z4A	AP-HM	ENCC	Ratio
Dépenses cliniques	601,50	612,95	98,13%
Dépenses SC	0,00	0,82	0,00%
Dépenses SI	0,00	0,00	0,00%
Dépenses REA	0,00	0,14	0,00%
TOTAL Dépenses cliniques + SI + SC + REA	601,50	613,92	97,98%
Dépenses totales Anesthésie	137,69	202,18	68,10%
Dépenses totales Bloc chirurgical	0,00	13,12	0,00%
Dépenses totales Bloc Obstétrique	388,16	485,73	79,91%
Dépenses totales Exploration fonctionnelle	0,06	0,43	13,21%
Dépenses totales Imagerie	0,92	1,33	68,91%
Dépenses totales Imagerie interventionnelle	0,00	0,11	0,00%
Dépenses totales Laboratoire B	26,42	30,53	86,53%
Dépenses totales Laboratoire Hors nomenclature (BHN)	5,72	1,10	519,82%
Dépenses totales Laboratoire Hors nomenclature (AHN)	1,63	1,34	121,71%
Dépenses totales Laboratoire de génétique B	0,05	0,70	6,72%
TOTAL LABORATOIRE	33,81	33,67	100,43%
Dépenses totales SMUR terrestre	5,09	7,64	66,58%
Dépenses totales SMUR aérien	0,00	0,02	0,00%
Dépenses totales Urgences	0,19	18,94	0,98%
Dépenses totales Autres MT	0,01	1,72	0,66%
TOTAL Dépenses MT	565,92	764,89	73,99%
Blanchisserie	52,65	27,27	193,06%
Restauration	89,74	68,24	131,50%
Accueil et gestion des malades	22,30	14,57	153,09%
Services administratifs à caractère général	65,81	106,22	61,96%
Services administratifs liés au pers	95,64	54,11	176,74%
Brancardage et transport pédestre des patients	12,43	12,73	97,59%
DIM	14,30	8,66	165,17%
DSIO	63,40	35,37	179,25%
Entretien-maintenance	56,06	44,53	125,90%
Services hôteliers	120,47	78,49	153,48%
Transport motorisé des patients (hors SMUR)	2,11	10,31	20,49%
TOTAL Dépenses LGG	594,90	460,50	129,19%
TOTAL Dépenses LM	35,54	50,17	70,84%
TOTAL Charges directes hors honoraires	207,23	156,45	132,46%
TOTAL Charges directes (dont hono et rém à l'acte)	207,51	171,06	121,31%
TOTAL Structure	188,29	114,04	165,11%
Cout complet - Hors structure	2032,43	2 060,54	98,64%

Pôles de dépense pour le GHM 14Z14B	AP-HM	ENCC	Ratio
Dépenses cliniques	890,90	813,75	109,48%
Dépenses SC	0,00	5,13	0,00%
Dépenses SI	0,00	0,11	0,00%
Dépenses REA	0,00	0,89	0,00%
TOTAL Dépenses cliniques + SI + SC + REA	890,90	819,89	108,66%
Dépenses totales Anesthésie	160,98	196,12	82,08%
Dépenses totales Bloc chirurgical	0,00	10,93	0,00%
Dépenses totales Bloc Obstétrique	377,96	466,74	80,98%
Dépenses totales Exploration fonctionnelle	0,00	0,75	0,00%
Dépenses totales Imagerie	28,88	2,95	979,08%
Dépenses totales Imagerie interventionnelle	0,00	1,02	0,00%
Dépenses totales Laboratoire B	63,16	55,33	114,14%
Dépenses totales Laboratoire Hors nomenclature (BHN)	11,36	3,19	356,14%
Dépenses totales Laboratoire Hors nomenclature (AHN)	12,26	5,18	236,71%
Dépenses totales Laboratoire de génétique B	0,32	2,44	13,05%
TOTAL LABORATOIRE	87,09	66,14	131,68%
Dépenses totales SMUR terrestre	5,38	7,12	75,63%
Dépenses totales SMUR aérien	0,00	0,00	0,00%
Dépenses totales Urgences	1,21	19,86	6,10%
Dépenses totales Autres MT	0,00	1,71	0,00%
TOTAL Dépenses MT	661,51	773,33	85,54%
Blanchisserie	77,03	36,81	209,26%
Restauration	131,23	92,76	141,47%
Accueil et gestion des malades	22,30	14,37	155,18%
Services administratifs à caractère général	96,26	141,04	68,25%
Services administratifs liés au pers	139,85	78,28	178,66%
Brancardage et transport pédestre des patients	18,17	16,82	108,01%
DIM	14,30	8,74	163,67%
DSIO	92,72	50,27	184,45%
Entretien-maintenance	81,98	61,53	133,23%
Services hôteliers	176,19	110,25	159,81%
Transport motorisé des patients (hors SMUR)	3,11	14,19	21,90%
TOTAL Dépenses LGG	853,12	625,05	136,49%
TOTAL Dépenses LM	47,39	52,74	89,85%
TOTAL Charges directes hors honoraires	408,12	212,41	192,14%
TOTAL Charges directes (dont hono et rém à l'acte)	408,61	225,20	181,44%
TOTAL Structure	275,40	156,28	176,22%
Cout complet - Hors structure	2902,26	2 496,20	116,27%

Pôles de dépense pour le GHM 14Z14C	AP-HM	ENCC	Ratio
Dépenses cliniques	1 299,91	1 181,48	110,02%
Dépenses SC	0,00	5,26	0,00%
Dépenses SI	0,00	0,00	0,00%
Dépenses REA	0,00	6,91	0,00%
TOTAL Dépenses cliniques + SI + SC + REA	1 299,91	1 193,64	108,90%
Dépenses totales Anesthésie	153,90	202,16	76,13%
Dépenses totales Bloc chirurgical	0,00	27,60	0,00%
Dépenses totales Bloc Obstétrique	370,83	459,07	80,78%
Dépenses totales Exploration fonctionnelle	0,00	2,35	0,00%
Dépenses totales Imagerie	0,00	8,44	0,00%
Dépenses totales Imagerie interventionnelle	0,00	0,60	0,00%
Dépenses totales Laboratoire B	70,95	79,02	89,78%
Dépenses totales Laboratoire Hors nomenclature (BHN)	18,93	6,21	304,77%
Dépenses totales Laboratoire Hors nomenclature (AHN)	15,38	8,22	187,18%
Dépenses totales Laboratoire de génétique B	0,00	4,22	0,00%
TOTAL LABORATOIRE	105,26	97,66	107,78%
Dépenses totales SMUR terrestre	0,00	17,49	0,00%
Dépenses totales SMUR aérien	0,00	0,37	0,00%
Dépenses totales Urgences	1,67	19,65	8,52%
Dépenses totales Autres MT	0,00	3,10	0,00%
TOTAL Dépenses MT	631,66	839,61	75,23%
Blanchisserie	114,80	52,26	219,67%
Restauration	195,52	138,04	141,64%
Accueil et gestion des malades	22,30	14,32	155,68%
Services administratifs à caractère général	143,46	209,07	68,62%
Services administratifs liés au pers	208,37	114,82	181,48%
Brancardage et transport pédestre des patients	27,07	27,13	99,77%
DIM	14,30	8,47	168,93%
DSIO	138,15	72,32	191,03%
Entretien-maintenance	122,13	83,10	146,97%
Services hôteliers	262,52	164,37	159,71%
Transport motorisé des patients (hors SMUR)	4,65	22,04	21,10%
TOTAL Dépenses LGG	1 253,27	905,94	138,34%
TOTAL Dépenses LM	52,77	62,99	83,77%
TOTAL Charges directes hors honoraires	345,25	242,52	142,36%
TOTAL Charges directes (dont hono et rém à l'acte)	345,81	257,14	134,48%
TOTAL Structure	410,37	224,11	183,11%
Cout complet - Hors structure	3 635,63	3 259,33	111,55%

Pôles de dépense pour le GHM 14Z14D	AP-HM	ENCC	Ratio
Dépenses cliniques	1 644,31	1 797,50	91,48%
Dépenses SC	0,00	21,12	0,00%
Dépenses SI	0,00	7,23	0,00%
Dépenses REA	0,00	43,83	0,00%
TOTAL Dépenses cliniques + SI + SC + REA	1 644,31	1 869,68	87,95%
Dépenses totales Anesthésie	259,92	223,17	116,47%
Dépenses totales Bloc chirurgical	0,00	9,97	0,00%
Dépenses totales Bloc Obstétrique	416,83	498,89	83,55%
Dépenses totales Exploration fonctionnelle	8,14	2,19	371,69%
Dépenses totales Imagerie	8,83	14,97	58,98%
Dépenses totales Imagerie interventionnelle	0,00	0,00	0,00%
Dépenses totales Laboratoire B	119,97	142,69	84,08%
Dépenses totales Laboratoire Hors nomenclature (BHN)	10,15	6,84	148,39%
Dépenses totales Laboratoire Hors nomenclature (AHN)	24,03	16,75	143,50%
Dépenses totales Laboratoire de génétique B	1,68	9,19	18,28%
TOTAL LABORATOIRE	155,83	175,47	88,81%
Dépenses totales SMUR terrestre	0,00	27,33	0,00%
Dépenses totales SMUR aérien	0,00	8,69	0,00%
Dépenses totales Urgences	0,00	17,39	0,00%
Dépenses totales Autres MT	0,00	1,39	0,00%
TOTAL Dépenses MT	849,55	983,40	86,39%
Blanchisserie	142,81	77,48	184,31%
Restauration	243,19	203,33	119,60%
Accueil et gestion des malades	22,30	14,62	152,54%
Services administratifs à caractère général	178,42	299,52	59,57%
Services administratifs liés au pers	259,19	165,41	156,70%
Brancardage et transport pédestre des patients	33,68	32,16	104,72%
DIM	14,30	7,74	184,75%
DSIO	171,87	106,58	161,26%
Entretien-maintenance	151,91	125,98	120,58%
Services hôteliers	326,54	247,03	132,19%
Transport motorisé des patients (hors SMUR)	5,79	32,20	17,98%
TOTAL Dépenses LGG	1 550,00	1 312,05	118,14%
TOTAL Dépenses LM	68,40	76,44	89,48%
TOTAL Charges directes hors honoraires	363,57	500,61	72,63%
TOTAL Charges directes (dont hono et rém à l'acte)	364,44	518,91	70,23%
TOTAL Structure	510,44	339,66	150,28%
Cout complet - Hors structure	4 549,11	4 760,48	95,56%

Pôles de dépense pour le GHM 14Z14T	AP-HM	ENCC	Ratio
Dépenses cliniques	177,98	179,29	99,27%
Dépenses SC	0,00	0,39	0,00%
Dépenses SI	0,00	0,00	0,00%
Dépenses REA	0,00	12,76	0,00%
TOTAL Dépenses cliniques + SI + SC + REA	177,98	192,44	92,49%
Dépenses totales Anesthésie	118,87	130,34	91,20%
Dépenses totales Bloc chirurgical	0,00	10,31	0,00%
Dépenses totales Bloc Obstétrique	371,76	445,65	83,42%
Dépenses totales Exploration fonctionnelle	0,00	1,02	0,00%
Dépenses totales Imagerie	0,00	0,79	0,00%
Dépenses totales Imagerie interventionnelle	0,00	3,49	0,00%
Dépenses totales Laboratoire B	20,24	37,66	53,75%
Dépenses totales Laboratoire Hors nomenclature (BHN)	6,05	0,88	687,36%
Dépenses totales Laboratoire Hors nomenclature (AHN)	9,23	2,88	320,10%
Dépenses totales Laboratoire de génétique B	0,00	1,19	0,00%
TOTAL LABORATOIRE	35,52	42,61	83,37%
Dépenses totales SMUR terrestre	0,00	75,93	0,00%
Dépenses totales SMUR aérien	0,00	0,00	0,00%
Dépenses totales Urgences	0,00	18,62	0,00%
Dépenses totales Autres MT	0,00	1,68	0,00%
TOTAL Dépenses MT	526,15	730,45	72,03%
Blanchisserie	14,47	6,58	219,82%
Restauration	20,47	14,05	145,66%
Accueil et gestion des malades	22,30	14,00	159,34%
Services administratifs à caractère général	26,83	39,96	67,15%
Services administratifs liés au pers	39,00	17,96	217,16%
Brancardage et transport pédestre des patients	5,09	3,17	160,78%
DIM	14,30	7,97	179,33%
DSIO	25,88	13,36	193,72%
Entretien-maintenance	22,87	18,01	126,99%
Services hôteliers	49,18	29,48	166,83%
Transport motorisé des patients (hors SMUR)	0,88	4,46	19,79%
TOTAL Dépenses LGG	241,28	169,00	142,77%
TOTAL Dépenses LM	25,86	41,10	62,92%
TOTAL Charges directes hors honoraires	171,60	184,04	93,24%
TOTAL Charges directes (dont hono et rém à l'acte)	171,68	185,07	92,76%
TOTAL Structure	76,84	43,21	177,83%
Cout complet - Hors structure	1157,88	1 318,06	87,85%

Effet CMA de l'âge gestationnel

Tableau 1 : accouchements par voie basse enfants vivants, grossesses uniques : racines 14Z13, 14Z14 et 14C03

Niveau Diag	Age gestationnel (SA)				
	22-31	32	33-35	36	37-44
D	D	D	D	D	D
C	C	C	D	C	C
B	B	C	D	C	B
A	A	B	C	B	A

Source : Version 11f du manuel des GHM.

Introduction : Depuis 2008, l'activité d'hospitalisation en obstétrique des hôpitaux publics est totalement financée par la tarification à l'activité (T2A). Ce mode de financement repose sur le paiement à l'établissement d'un tarif déterminé par l'Etude Nationale de Coûts Commune (ENCC) variant en fonction de la pathologie rencontrée et des complications associées. La T2A nécessite un équilibre entre dépenses et recettes dans la mesure où la perception du tarif par l'hôpital s'opère a posteriori de la dépense. Ainsi, l'objectif de cette étude est de déterminer l'écart qui existe entre le coût d'un accouchement unique par voie basse, pour les maternités de l'AP-HM, et le coût calculé par l'ENCC, en fonction du niveau de complications.

Matériel et méthode : Il a été utilisé deux outils d'analyse économique :

- Un tableau coût case-mix comparant les coûts de l'AP-HM et ceux d'un établissement fictif basés sur les coûts de l'ENCC,
- Une comparaison coût-tarif comparant directement les coûts de l'AP-HM et les tarifs perçus.

Les coûts considérés sont ceux de l'année 2012.

Résultats : Cette analyse montre que les coûts pour les maternités de l'AP-HM sont particulièrement en dessous de ceux de l'ENCC pour les patientes ayant eu des complications sévères et celles dont le séjour est inférieur à 48H. Or ces patientes ne représentent que 2% de la population. Pour les autres catégories de patientes, l'AP-HM affiche des coûts plus élevés que l'ENCC. Il faut noter que les patientes ne présentant aucune complication représentent 90% des femmes qui accouchent à l'AP-HM alors que ce sont des maternités de niveau III. Enfin, les coûts à l'AP-HM sont systématiquement plus élevés que les tarifs remboursés par la Sécurité Sociale, quel que soit le niveau de complication.

Discussion : Ces résultats permettent de formuler deux hypothèses : tout d'abord la T2A ne semble pas adaptée à l'obstétrique dans la mesure où les principales pathologies obstétricales sont regroupées dans un seul niveau de complications (autres complications) quelle que soit la sévérité de la pathologie. Ensuite, l'offre de soin en obstétrique n'est pas forcément adaptée aux besoins de la population marseillaise. Alors que 90% des accouchements se déroulant à l'AP-HM (niveau III) sont sans complications, il n'existe pas de maternité publique de niveau I sur la commune. L'ouverture d'une maternité de niveau I permettrait une meilleure allocation des ressources améliorant ainsi l'efficacité économique tout en préservant qualité et sécurité des soins.

Mots clés : tarification à l'activité, obstétrique, offre de soin, coûts hospitaliers, accouchement voie basse.

Introduction: Since 2008, Price Per Activity (T2A) is totally financing the obstetrical activity of health care organizations. This way of financing is based on the payment to the institution of a tariff, regulated by the Etude Nationale de Coûts Commune (ENCC) and varying in relation with the diseases encountered and the medical complication level. T2A imposes a balance between expenses and revenues as the payment to the hospital occurs after the expenses are done. Thus, the purpose of this study is to identify the gap between the costs of a single vaginal delivery for AP-HM's maternity wards and those computed by ENCC, depending on medical complication level.

Material and methods: Two economical analysis tools were used:

- Cost Case-Mix Table, comparing AP-HM's costs and those of a fake institution based on ENCC's costs
- A costs/tariff comparison, directly comparing AP-HM's costs and collected tariffs

The costs considered here are those of year 2012.

Results: This analysis shows that costs for AP-HM's maternity wards are particularly lower than those from the ENCC for the patients who had severe complications and those whose residence was below 48H. Yet, these patients represent only 2% of the population. Regarding the others categories of patients, AP-HM shows higher costs than ENCC. It is noted that 90% of the patients who give birth in AP-HM maternity wards do not have any complications at all, whereas these wards are level III maternities. Finally, AP-HM's costs are systematically higher than the tariff refunded by Social Security, whatever the medical complications level.

Discussion: These results allow us to make two hypotheses: first, T2A seems to be unsuitable for obstetrics, as main obstetrical diseases are grouped in a single complication level (other complications) whatever the disease severity. Then, obstetrical health care provision does not necessarily fit with Marseilles population's needs. Whereas 90% of births which take place in AP-HM's maternity wards (level III) does not develop any complications, there is no public level I maternity ward on the municipality. The opening of this kind of institution would make it more likely that available resources will be used in the most efficient way, ensuring also care quality and safety.

Key words: Price Per Activity, obstetrics, health care provision, hospital costs, vaginal delivery.